



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo Statale "Mariangela Montanari"

C.M. PVIC80900G - C.F. 91003770186

via J. Sannazzaro, 16

27039 SANNAZZARO DE' BURGONDI (PV)

Telefono 0382/997435 - Fax 0382/906574

mail [pvic80900g@istruzione.it](mailto:pvic80900g@istruzione.it)

sito internet: [www.icmmontanari.gov.it/docebo/Cms](http://www.icmmontanari.gov.it/docebo/Cms)

A.S. 201\_\_\_\_\_/201\_\_\_\_\_

### CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	
EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO	
DOSE	
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	
ORARIO DELLA 1^ DOSE	
ORARIO DELLA 3^ DOSE	
ORARIO DELLA 3^ DOSE	
DURATA DELLA TERAPIA	
MODALITA' DI CONSERVAZIONE	

Data, \_\_\_\_\_

timbro e firma medico \_\_\_\_\_

I genitori dell'alunno di seguito/a di seguito identificato/a

COGNOME E NOME:
DATA E LUOGO DI NASCITA:
INDIRIZZO:
TELEFONO REPERIBILE:
SCUOLA FREQUENTATA
CLASSE E SEZIONE

considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, **autorizzano** il Dirigente Scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione, **precisano** che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza l'intervento e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

DATA	FIRMA DEL GENITORE	IL DIRIGENTE SCOLASTICO (dott.ssa Paola Pavesi)